

**Consentimiento informado para Ureteroscopía  
y Ureterorenoscopia diagnóstica y/o terapéutica**



Consentimiento Informado para Ureteroscopía y Uretero-renoscopia diagnóstica  
y/o terapéutica.

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: .....Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento: .....Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: .....Edad:.....

Con Domicilio en: .....

Ciudad: .....Comuna:.....

En calidad de:.....  
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) : .....

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al procedimiento de URETEROSCOPIA Y URETERO- RENOSCOPIA DIAGNÓSTICA Y/ O TERAPÉUTICA

LADO  Derecho  
 Izquierdo



Como forma de estudio diagnóstico o tratamiento de: .....

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención.

Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Usted puede revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a hacerse la intervención.

De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida.

Dígale a su médico tratante si tiene alguna duda o necesita más información.

#### LO QUE USTED DEBE SABER:

##### EN QUÉ CONSISTE UNA URETEROSCOPIA / URETERO-RENOSCOPIA Y PARA QUÉ SIRVE:

Este procedimiento consiste en ver y revisar la vía urinaria por su interior, en este caso el uréter del lado a estudiar, la pelvis renal y/o cavidades interiores del mismo riñón. En algunos casos se realiza de forma consecutiva la exploración del uréter y riñón contralateral (del otro lado). Para esto, se utiliza un aparato llamado ureteroscopio o ureterorenoscopio (tubo fino con una cámara), que puede ser semirígido o flexible, desechable o re-esterilizable.

Su objetivo puede ser: estudio complementario para el diagnóstico de su enfermedad, evaluar la integridad e indemnidad del uréter, determinar la presencia de estenosis (estrechez), lesiones tumorales o de otra índole, o asimismo controlar de manera periódica el curso de algunas de ellas. Durante el procedimiento habitualmente es necesario el uso de instrumentos o insumos adicionales, ya sea para la toma de muestras de biopsias o cultivos, para la ablación de tumores, fragmentación o pulverización de cálculos, incisión o dilatación de zonas estrechas, por mencionar algunas.

#### CÓMO SE REALIZA

Se trata de un procedimiento que no necesita incisiones.

Se realiza introduciendo por la uretra (conducto urinario) un endoscopio (cámara pequeña) hacia la vejiga, y que luego se asciende por el uréter y puede llegar hasta el riñón.



El procedimiento requiere la administración de anestesia, la mayoría de los veces de tipo general, pero la modalidad será explicada y consensuada con usted por el anesthesiólogo previo a la intervención.

Habitualmente, al final del procedimiento, se deja instalado por el interior un catéter ureteral (doble J, pigtail, otros) por un tiempo variable que será determinado por su urólogo tratante.

En general se utiliza exploración con rayos-X y contraste yodado por vía urinaria, no intravenosa.

#### QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Muy posiblemente se le colocará un catéter ureteral interno como el ya señalado (doble J, pigtail o de otro tipo) que va por el interior del uréter desde el riñón a la vejiga, que en general es bien tolerado. A veces causa molestias de carácter leve (dolor al orinar, leve sangrado por la orina, aumento de la frecuencia urinaria), pero en algunos pacientes no es bien tolerado y produce más dolor o molestias urinarias que lo habitual, siendo necesario en casos excepcionales su retiro antes de lo recomendado por su tratante.

En ocasiones se coloca también sonda vesical que sale por la uretra hacia el exterior.

#### EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Ayudará al diagnóstico y/ o tratamiento de su enfermedad como procedimiento complementario a otras exploraciones.

Al utilizarse como procedimiento de tratamiento se disminuirán o eliminarán los síntomas que le produce su enfermedad o los potenciales daños de la misma si ésta no fuera tratada.

#### QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir otros procedimientos o una reintervención quirúrgica, generalmente de urgencia. Excepcionalmente puede producirse la muerte.



- **RIESGOS MÁS FRECUENTES:**

Infección urinaria, generalmente leve.

Sangrado leve a moderado por la orina (hematuria), más frecuente si se toma una muestra de tejidos (biopsia). Suele ceder por sí solo a los pocos días.

Síntomas urinarios derivados de la instalación de un catéter ureteral (sangrado por la orina, dolor al orinar, urgencia por orinar, mayor frecuencia para orinar).

- **LOS MÁS GRAVES:**

Suelen ser los menos frecuentes.

Imposibilidad para realizar el procedimiento (estenosis de uretra o uréter, hemorragia).

Desinserción parcial o total del uréter (separación o pérdida de la continuidad del conducto), que puede requerir para su reanastomosis (volver a unir los extremos), una reparación quirúrgica inmediata o una reintervención posterior, ya sea por vía abierta o laparoscópica, incluyendo riesgo de precisar la extirpación del riñón en algunos casos o sufrir pérdida parcial o total de forma irreversible del mismo.

Rotura de instrumentos o catéteres, quedando restos en la vía urinaria que precisen de otros procedimientos para su extracción.

Extravasado del líquido de irrigación con sus posibles complicaciones (absceso, fibrosis, estenosis, reabsorción).

Perforación de órganos (intestino, vejiga, uréter) o perforación vascular (con serias complicaciones hemorrágicas).

Sepsis e infección generalizada, que puede resultar grave, incluyendo riesgo para su vida.

Hemorragia tanto durante la intervención como después de ella (en el postoperatorio) cuyas consecuencias y gravedad pueden ser muy diversas dependiendo de su intensidad oscilando desde una gravedad mínima hasta la posibilidad cierta de riesgo para su vida.

Estenosis/ estrechez ureteral o uretral.

Reacción adversa al contraste yodado.

Tromboembolismo venoso profundo o pulmonar y hemorragias digestivas cuya gravedad depende de su intensidad, pero posibles, aunque se tomen medidas preventivas (profilácticas).

Reacciones alérgicas o efectos indeseables, de intensidad variable, asociados a los medicamentos que sea preciso administrarle.



La mayoría de estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir otros procedimientos o una reintervención quirúrgica, generalmente de urgencia, que puede conllevar un riesgo para su vida. Excepcionalmente puede producirse la muerte.

También es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/ o productos derivados de la misma.

#### OTROS MOTIVOS POR LOS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos o situaciones imprevistas. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente (por ejemplo, conversión a cirugía tradicional abierta o laparoscópica, solo por mencionar alguna).

- Podría ser necesario tomar muestra para biopsia u otras necesarias que podrían requerirse para estudiar su caso, las que deben ser procesadas por nuestro laboratorio.

Certifico que este formulario me fue explicado y que lo leí o fue leído para mí, y que entendí su contenido.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice el procedimiento URETERO- RENOSCOPIA DIAGNÓSTICA Y/O TERAPÉUTICA:

LADO

Derecho

Izquierdo



Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....



**REVOCACIÓN**

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: .....Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad:..... Comuna: .....

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: .....Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna: .....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: .....Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).